

**Forma de Inscripción de North Carolina Health Choice (NCHC)
Community Care of North Carolina (CCNC)/Carolina ACCESS (CA)**

(Utilizar forma solamente para niños que están en el programa de NCHC entre las edades de 6 a 18 y que estén asignados con un proveedor de CCNC/CA.)

Nota: TODA LA información se requiere para procesar la forma de la inscripción.

<u>INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR</u>
Nombre de la práctica como aparece registrado en Carolina ACCESS _____
Número de la práctica registrada en Carolina ACCESS Medicaid: _____
Número de teléfono de la práctica: _____

<u>INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE</u>
Fecha: _____ Padre/guardián: _____
Dirección del paciente: _____ _____
Condado: _____ Número de Teléfono del paciente: _____

La información de abajo debe estar **COMPLETA** para enlistar al paciente de NCHC en Carolina ACCESS/CCNC:

Nombre del paciente (como aparece en tarjeta de NCHC)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social

Firma del padre/ guardián:

Como padre/guardián del paciente de NCHC, he seleccionado esta práctica/proveedor como nuestro hogar médico para el programa de CCNC.

_____ Fecha: _____

Firma de la persona que enlista al paciente (REQUERIDO):

Firmando abajo, certifico que he proporcionado la información requerida a Carolina ACCESS/CCNC.

_____ Fecha: _____

Enviar por Correo o fax la forma completa de Inscripción a:

Managed Care Customer Service Center (NCHC 6-18)
DHHS/Division of Medical Assistance

2501 Mail Service Center

Teléfono: (919) 647-8170

Raleigh, NC 27699-2501

Fax: (919) 715-0844